

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

—
ANNÉE 1934

THÈSE

N°

778

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Szebsel SZTERENFELD

Né le 18 mars 1907, à Slonim (Pologne)
Ancien externe des Hôpitaux de Rouen

L'ASPIRATION PROLONGÉE
TRAITEMENT DE L'OTITE MOYENNE
AIGÜE SUPPURÉE

Président : M. LEMAITRE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Szebsel SZTERENFELD

Né le 18 mars 1907, à Slonim (Pologne)

Ancien externe des Hôpitaux de Rouen

L'ASPIRATION PROLONGÉE

TRAITEMENT DE L'OTITE MOYENNE

AIGUË SUPPURÉE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur)... Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique médicale.	ABRAMI.	Clinique obstétricale.	LE LORIER.
	AUBERTIN.		LÉVY-SOLAL.
	BRULÉ.		METZGER.
	CHIRAY.	Clinique chirurgicale.	BASSET.
	DUVOIR.		CADENAT.
	HARVIER.		HEITZ-BOYER.
Clinique obstétricale.	LIAN.		MOCQUOT.
	ÉCALLE.		MOURE.
	GUÉNIOT.		SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

*Trop tôt enlevés à mon affection filiale,
qui ont fait les plus grands sacrifices pour
instruire leurs enfants.*

A MES SOEURS

*En témoignage de ma profonde affec-
tion.*

A MON FRÈRE

A MES AMIS ET COLLÈGUES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse. Hommage de notre
profond respect.*

A MON JURY DE THÈSE

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. HALPHEN

Professeur agrégé d'Oto-rhino-laryngologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Notre profonde et sincère reconnaissance
pour le précieux enseignement qu'il nous a
donné et pour le bienveillant accueil qu'il
nous a toujours réservé dans son service.*

A M. LE DOCTEUR G. A. WEILL

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital de Rothschild
Chevalier de la Légion d'honneur

*Dans le service duquel ce travail fut
exécuté et qui nous a guidé de ses pré-
cieux conseils. En témoignage d'admira-
tion profonde et de notre respectueux atta-
chement.*

A MM. LES DOCTEURS :

BUNEAU, PEROZ et DJIROPOULOS

Assistants d'Oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Saint-Louis

Notre profonde gratitude pour l'enseignement pratique qu'il m'ont donné et la bienveillance qu'ils m'ont toujours témoignée.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE ROUEN

L'ASPIRATION PROLONGÉE

TRAITEMENT DE L'OTITE MOYENNE AIGÜE SUPPURÉE

Introduction.

Ayant eu l'occasion de suivre les malades atteints d'otite moyenne aiguë suppurée traités par l'aspiration, nous avons été curieux de rechercher ce qui avait été fait et publié à ce propos. En particulier, nous avons demandé à l'otologiste qui s'est le plus occupé de cette question à Paris, au D^r G. A. Weill, de l'hôpital de Rothschild, de nous initier à cette méthode ailleurs peu employée. Il nous a semblé que cette application de la méthode d'aspiration mériterait d'être mieux connue et sur le conseil de notre maître le Professeur agrégé Halphen, nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Certes, nous ne prétendons pas démontrer que l'aspiration doit se substituer à toute autre thérapeutique et s'appliquer indistinctement à tous les cas. Certains auteurs ont cru que l'on pouvait ainsi éviter la paracentèse, à coup sûr faire disparaître les complications des otites, guérir les otites chroniques suppurées. Certes, beaucoup d'espairs sont permis et se réalisent grâce à cette thérapeutique, mais ce sont

justement ceux qui depuis le plus longtemps l'ont mise en pratique qui nous mettent en garde contre ces exagérations.

Le Dr G. A. Weill qui après lecture des travaux de Bier a mis, il y a plus de trente ans, ce procédé à l'essai et qui lui est resté fidèle, a donné avec précision les indications de ce mode de traitement et ses conclusions seront les nôtres.

Il nous paraît déjà très appréciable de posséder là un moyen des plus efficaces de soigner les otites aiguës suppurées après ouverture spontanée ou paracentèse, moyen simple ne nécessitant qu'un minimum d'instrumentation à la portée non seulement des médecins non spécialistes, mais encore des infirmiers ou infirmières professionnels ou bénévoles, précieux justement parce qu'il n'impose pas la présence trop fréquente du spécialiste et met presque à coup sûr à l'abri de la rétention.

Nous aurons donc après un court historique à passer en revue la méthode ou plutôt les méthodes de Bier en général, l'hyperémie appliquée à l'oreille et l'action physiologique de l'aspiration. Ensuite nous verrons rapidement les applications de l'aspiration à l'oto-rhino-laryngologie et plus spécialement au traitement des otites moyennes suppurées.

Nous étudierons la technique de l'aspiration telle qu'elle est enseignée par le Dr G. A. Weill, puis ses applications et ses résultats en clinique, les comparant aux résultats obtenus par les autres procédés les plus usuels. Enfin nous illustrerons cette étude

d'un certain nombre d'observations prises parmi les plus typiques.

A la fin de nos études médicales, nous devons témoigner notre profonde reconnaissance à M. le Professeur Lemaître et à notre maître le Professeur agrégé Halphen qui nous ont initié à la pratique oto-rhino-laryngologique et au D^r G. A. Weill de l'hôpital de Rothschild qui nous a mis au courant de son procédé d'aspiration, nous a fourni des renseignements abondants et précieux et a dirigé nos travaux.

Historique de l'aspiration en Oto-rhino-laryngologie.

L'aspiration est déjà un vieux procédé thérapeutique. La première tentative semble être la manœuvre de Torynbée qui consiste à fermer la bouche et les narines et avaler la salive pour produire le vide dans la caisse du tympan (2).

Bier emploie sa grande ventouse où le vide se fait au moyen d'une poire en caoutchouc pour aspirer les produits septiques de l'oreille et ses annexes. En même temps une hyperémie se produit qui active le processus de la guérison (4).

Spiess utilise un appareil analogue à la ventouse de Bier en le faisant fonctionner au moyen d'une

pompe à aspiration actionnée par un moteur électrique (6).

En 1906, apparaît le rapport de Dundas-Grant sur l'aspiration des cavités annexes de la face et de l'oreille (7).

Sondermann fait construire pour l'oreille une sorte de masque à forme de coquille qui s'applique sur le pavillon (5).

En février 1906, le Dr Baratoux attire l'attention sur l'emploi de la pompe électrique pour aspirer le liquide contenu dans l'oreille et les sinus (8).

En 1907, Lermoyez et Mahu présentent une pompe électrique destinée à comprimer l'air dans les cavités de la face et à aspirer leurs sécrétions (10).

Le professeur S. Bélinoff de Sofia vante les mérites de l'aspiration comme méthode auxiliaire dans le traitement des suppurations de l'oreille (15).

En 1930, Dundas-Grant cite quelques observations d'otite moyenne séreuse traitée par ponction et succion à l'aide d'une aiguille exploratrice (16).

Le professeur G. Worms emploie pour l'aspiration des sécrétions de l'oreille moyenne le spéculum de Siegle adapté à l'embout du tube aspirateur relié à une trompe à eau ou à une moto-pompe électrique. Il applique également l'aspiration au traitement des sinusites (21).

Maurice Mignon, de Nice, applique l'aspiration au traitement de l'otite moyenne suppurée par la méthode dite de déplacement de Proetz (19), comme nous le verrons ultérieurement (22).

L'aspiration par la méthode du docteur G. A. Weill a pour but de produire sauf une action mécanique, une hyperémie et une exsudation séreuse qui contribuent à une guérison plus rapide (Bier). Les premiers essais du docteur G. A. Weill datent de 1903. A plusieurs reprises (14 a. b. c. 17) il est revenu sur cette question qui paraît définitivement au point actuellement.

La méthode de Bier en général.

Bier avec sa conception nouvelle de l'hyperémie manifestée par tout organisme en activité, a donné un grand domaine à la thérapeutique par l'hyperémie que l'organisme produit pour se défendre contre un agent pathogène ou une affection quelconque.

L'idée directrice de la méthode de Bier est la suivante : l'hyperémie est un phénomène normal physiologique que l'on retrouve constamment dans tout organisme qui travaille ou qui est le siège d'une activité quelconque, qui s'accroît ou se régénère.

Dans toutes les réactions de défense de l'organisme contre une substance étrangère, l'hyperémie ne fait jamais défaut, de tous les processus curateurs spontanés elle est le plus répandu. Si donc on veut suivre les indications de la nature, il faut savoir utiliser et reproduire à volonté cette réaction dans un

but thérapeutique en provoquant l'hyperémie dans la région ou l'organe intéressé.

L'hyperémie peut être le résultat soit d'une accélération, soit d'un ralentissement du courant sanguin. Il existe donc deux variétés distinctes d'hyperémie, l'une active l'autre passive, suivant que la circulation est accélérée ou ralentie. Dans le premier cas il y a afflux de sang artériel, riche en oxygène, dans le second cas il s'agit de sang veineux moins oxygéné et chargé d'acide carbonique circulant lentement et permettant à ses éléments de diffuser et de s'infiltrer dans les tissus.

En résumé, l'hyperémie active c'est l'état d'un organe qui reçoit un courant sanguin plus abondant dans ses réseaux vasculaires. Il est donc irrigué par une masse de sang plus grande. L'hyperémie passive par contre, c'est la diminution d'écoulement de sang veineux qui fait que le réseau vasculaire veineux est rempli plus abondamment. On peut dire que d'après Bier les termes hyperémie active et artérielle sont équivalents, de même que l'hyperémie passive et veineuse. Dans d'autres termes c'est la congestion active et passive.

L'hyperémie active résulte de l'action de différents agents physiques : le massage, l'électricité et surtout la chaleur rayonnante et l'air chaud.

L'hyperémie passive est obtenue au moyen d'une bande élastique que l'on enroule, par exemple, à la racine du membre malade. On ne doit pas dépasser une stase modérée, la compression ne doit s'exercer

que sur les veines superficielles, sans gêner la circulation artérielle. On ne doit éprouver ni douleur, ni gêne, on doit pouvoir oublier la présence de la bande, eu vaquant à ses occupations.

Pour le cou Bier se servait d'une bande de coton ou d'un lien élastique avec lequel il faisait le tour du cou, à condition de n'être pas trop serré. Cette stase est beaucoup plus facile à supporter qu'on ne l'imaginerait tout d'abord (9). Il était possible de conserver le lien pendant vingt ou vingt-deux heures par jour et cela pendant plusieurs jours consécutifs.

Il y a d'autres moyens pour provoquer l'hyperémie. Ce sont les ventouses et les révulsifs.

Bier à l'inverse de François-Franck (3) était l'adversaire de la conception de dérivation par différents agents thérapeutiques comme les ventouses, sinapismes, vésicatoires, les caustiques, etc. On pensait en effet que l'action thérapeutique de ces médications consiste à attirer le sang des parties malades dans une partie saine. On pensait que l'on exerçait ainsi une action favorable sur la partie congestionnée et en même temps que l'on améliorait l'état de la circulation générale.

Plusieurs auteurs allemands, entre autres Naumann (1), s'opposèrent à cette façon de considérer l'action de ces agents physiques et chimiques. Mais c'est surtout Bier, professeur à Bonn, qui a démontré dans ses travaux (4) que l'action de tous ces moyens dérivatifs et révulsifs est due à l'hyperémie, surtout veineuse.

« Je crois, dit Bier, que l'effet hyperémiant de la ventouse comme celui de dérivatifs chimiques s'étend jusqu'à la profondeur. C'est à l'hyperémie qu'il faut attribuer les effets curatifs que l'on rapporte à la dérivation. Il est vrai que je ne peux pas donner une preuve absolue. Cette preuve est encore plus difficile pour ce procédé que pour un autre, car il est très difficile de suivre le courant sanguin. La preuve de ces effets se trouve dans la coloration bleu sombre de l'hyperémie » (4).

Les ventouses sèches sont déjà fort anciennement connues. L'aspiration et la raréfaction de l'air s'obtiennent soit par la chaleur soit au moyen d'une pompe aspirante ou d'une simple poire en caoutchouc que l'on presse avant de poser la ventouse et dont l'élasticité suffit à produire une diminution de pression assez considérable (ventouse de Bier). Bier en a fait construire un certain nombre de modèles variables dans leurs dimensions et leur forme qui s'adaptent autant que possible à celles de la région malade.

Au point de vue thérapeutique la stase artificielle exerce son action de diverses manières (9).

« 1^o La première et la plus importante est son influence sédative, étonnante sur la douleur. Grâce à son action calmante, les malades qui au début s'effrayent parfois du gonflement et de la cyanose du membre finissent souvent pour accepter le traitement avec reconnaissance, et parfois même le réclament.

« 2° L'hyperémie de stase agit en augmentant le pouvoir bactériolytique du sang et des tissus. Les travaux de Nötzer et de Laqueur ont démontré, l'un le pouvoir bactéricide des transudats et des œdèmes inflammatoires, l'autre celui du sérum sanguin après quelque temps de stase. Nötzer a même déclaré que l'inoculation dans un membre statique de bactéries très violentes est complètement improductive.

« 3° L'hyperémie veineuse exerce encore sur les tissus malades ou nécrosés un certain pouvoir protéolytique que Notzer croit devoir attribuer à l'augmentation des leucocytes. Les parties nécrosées se ramollissent rapidement et se détachent ainsi plus facilement des tissus sains. Cette action protéolytique est très remarquable sur les productions pathologiques des affections articulaires, tels que caillots sanguins, adhérences fibreuses, nodosités. La stase aurait sur elles un pouvoir solubilisant manifeste, et Bier aurait observé des exemples fréquents, où la simple application de la bande, aurait rendu à l'article antérieurement raide ou ankylosé, sa mobilité et sa souplesse normales.

« 4° La stase veineuse a une influence sur la résorption des toxines et exsudats pathologiques. La résorption est lente pendant l'application de la bande, mais après l'enlèvement de celle-ci, elle est plus active.

« 5° La transudation abondante déterminée par la stase entre également pour une grande part dans la défense des tissus contre l'élément pathogène. Elle a

pour effet de diluer les toxines et de les rendre moins dangereuses ».

En résumé, d'après Bier, « l'hyperémie veineuse agit par l'influence sédative sur la douleur, par l'augmentation de la bactériolyse, par son pouvoir résolutif sur les productions pathologiques et enfin en rendant moins toxiques les poisons microbiens. A toutes ces actions les ventouses ajoutent leur pouvoir extractif par l'aspiration des liquides pathologiques ».

La méthode de Bier a quelques inconvénients et il faut s'en abstenir dans les cas suivants :

« 1^o Dans les affections générales graves : septicémie, diabète, dégénérescence des organes internes ;

2^o Dans les affections des vaisseaux : artériosclérose et varices ;

3^o Dans les lésions tuberculeuses avec fongosités abondantes et nécrose étendue, il faut préférer la résection.

Ces réserves faites et tenant compte aussi des intolérances individuelles qui existent ici comme dans tout traitement, on peut dire que la méthode congestive de Bier est une méthode excellente qui, croyons-nous, continuera à s'étendre (Dauve). Elle guérit facilement et rapidement nombre d'inflammations tant aiguës que chroniques et elle fait surtout merveille dans celles qui portent sur les articulations. D'autre part, c'est un traitement essentiellement conservateur et pour ce seul fait elle mérite d'être mieux connue.

Après la dernière démonstration *ad oculos* qu'en a

faite Bier au Congrès de chirurgie de Berlin, en 1905, sur les malades de la clinique von Bergmann, l'hyperémie artificielle a acquis une importance et une vogue méritées (9). »

Action de l'hyperémie sur l'oreille et action physiologique de l'aspiration prolongée.

L'oreille est souvent le siège d'hyperémie. Toute inflammation de la caisse aiguë ou chronique est accompagnée d'hyperémie du tympan et de sa coloration rouge. L'inflammation du conduit externe, de l'orifice tubaire et même du cavum produit le même phénomène.

Une irritation quelconque, un effort, une quinte de toux, le mouchage violent, le cri chez l'enfant, l'aspiration avec le spéculum de Siegle sont capables de produire passagèrement la rougeur du tympan. Nous allons envisager successivement dans ce chapitre les deux sortes de congestion, active et passive, produites au niveau de l'oreille.

CONGESTION ACTIVE.

C'est déjà Claude Bernard, qui en 1851 en sectionnant le sympathique cervical a entraîné la congestion

avec augmentation de chaleur du pavillon de l'oreille. Brown Séquard en 1852 a démontré que l'excitation du sympathique produit de la pâleur et du refroidissement du pavillon. Etudions maintenant les réflexes cuti et naso-tympaniques qui produisent l'hyperémie du « hile tympanique », c'est-à-dire une rougeur au niveau du manche du marteau, de la membrane de Schrapnell, même du mur de la logette et des parties des conduites adjacentes (20).

1° *Réflexe cuti-tympanique.* — Il est banal de constater la rougeur du tympan, quand on manœuvre quelque instrument à son contact ou dans le conduit à plus ou moins de distance de la membrane. La membrane de Schrapnell et le manche du marteau se congestionnent et cette congestion dure plusieurs minutes.

Le point le plus favorable pour provoquer cette congestion est située à la partie profonde du conduit en haut et en arrière à peu de distance du mur de la logette. C'est une réaction vaso-motrice qui met en jeu le parasympathique et ses fibres vaso-dilatrices (20).

2° *Réflexe naso-tympanique.* — Si l'on excite la partie profonde du méat moyen, on constate une action vaso-dilatatrice sur la face, la conjonctive, et excito-sécrétoire sur la pituitaire et la glande lacrymale, principalement du côté excité, mais souvent aussi de deux côtés. C'est le réflexe naso-facial.

En même temps, si nous examinons le tympan nous voyons s'injecter de proche en proche les ré-

gions les plus vasculaires : mur de la logette, cercle tympanique, membrane de Schrapnell et le manche du marteau. La rougeur ne se produit que du côté excité, elle dure de une à deux minutes à l'état normal et disparaît en commençant par le manche du marteau qui s'est injecté le plus tardivement. C'est le réflexe naso-tympanique.

Ces deux phénomènes cuti et naso-tympaniques sont dûs à la congestion active produite par des réflexes vaso-moteurs dont l'action se porte sur le tympan et les parties du conduit immédiatement adjacentes. Etudions maintenant la congestion passive.

CONGESTION PASSIVE.

La compression digitale de la veine jugulaire détermine dans toute la tête des phénomènes congestifs, beaucoup plus intenses si la compression est exercée sur les deux côtés, et d'autant plus marqués dans la compression unilatérale, que les anastomoses sont moins larges d'un système jugulaire à l'autre.

Que produit la compression des jugulaires sur l'oreille ? En cas d'otite moyenne suppurée on peut ainsi faire sortir du pus de la caisse vers le conduit. Le même phénomène s'observe par la compression des vaisseaux styliens, ce que le Dr G. A. Weill a appelé le signe de la compression pré-apexiale, qui a une valeur pronostique dans l'évolution de l'otite moyenne suppurée. La stase veineuse gonfle la mu-

queueuse enflammée de la caisse et chasse une goutte de pus, parfois davantage (20).

La compression jugulaire peut provoquer aussi sur l'oreille saine une congestion tympanique. Lentement en 5" ou 10" les fins réseaux qui aboutissent au « hile du tympan » s'injectent. Si la compression cesse, la coloration revient à la normale en 10" ou 15". Parfois le changement de la coloration est plus facilement appréciable au moment où on lève la compression, les tissus qui ont lentement rougi pâlisent plus rapidement.

Il est nécessaire d'avoir un bon éclairage pour se rendre compte de toutes ces modifications. Si par compression unilatérale on n'observe pas les phénomènes congestifs, on exercera une compression bilatérale pour les mettre en évidence.

Pour produire la stase veineuse céphalique, Bier et les autres auteurs employaient le lien élastique, en caoutchouc le plus souvent, qu'ils appliquaient audessous du larynx dix-huit à vingt-deux heures par jour. On ne devait pas dépasser la stase modérée, la compression ne devant s'exercer que sur les veines sans gêner la circulation artérielle.

G. A. Weill employait aussi au début cette méthode, comme le conseillait Bier, mais les malades n'acceptaient pas cette médication à cause de la méfiance que leur inspirait un lien autour du cou.

Un autre moyen pour produire la stase veineuse c'est l'aspiration. C'est une stase plus localisée. Bier a fait construire des ventouses différentes suivant la

région à laquelle elles étaient destinées. Le vide se faisait au moyen d'une pompe aspirante ou à l'aide de poire en caoutchouc.

L'aspiration prolongée, pratiquée par le Dr G. A. Weill dans le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée se fait à l'aide d'une ventouse modifiée, beaucoup plus simple, créée spécialement à cet effet et qui sera décrite plus loin. Quels effets physiologiques détermine l'aspiration prolongée ?

L'aspiration prolongée par dépression atmosphérique, établit un drainage parfait. Non seulement une aspiration de pus se produit, mais aussi une exsudation séreuse très abondante qui balaie vers l'extérieur les produits septiques. Cette sérosité est relativement pauvre en microbes et le Dr G. A. Weill a souvent ensemencé vainement ce liquide dans les milieux habituels de culture (17). C'est cette double action thérapeutique qui contribue à faire de l'aspiration une médication excellente pour traiter l'otite moyenne aiguë suppurée.

La méthode de Bier en Otologie.

Les succès de la méthode de Bier dans le traitement des diverses affections rhumatismales, raideurs articulaires, œdèmes, maladies aiguës comme la méningite cérébro-spinale, ostéomyélite, ont fait introduire l'hyperémie en oto-rhino-laryngologie.

Nous voulons faire remarquer ici que les premiers expérimentateurs et Bier lui-même ont prétendu généraliser cette méthode tant aux cas aigus que chroniques et même aux complications des otites. Il n'est pas étonnant que les résultats aient été souvent négatifs.

Bier à sa clinique de Bonn traitait déjà les affections de l'oreille par la stase en commençant par les mastoïdites aiguës consécutives aux otorrhées (4). Il appliquait la bande élastique autour du cou, au-dessous du larynx pendant dix-huit à vingt deux heures. Il obtenait parfois des résultats remarquables, la mastoïdite cédant au traitement médical, mais toutefois il nous recommande d'ouvrir le plus tôt possible les abcès de la mastoïde.

Le Professeur Gaudier de Lille appliqua la méthode de Bier en otologie (11). Après les succès obtenus dans le traitement d'une série d'affections sur les membres, principalement dans la tuberculose osseuse et ganglionnaire, le Professeur Gaudier a introduit la méthode de Bier en oto-rhino-laryngologie. Il se servait de la bande élastique et de la grande ventouse de Bier où le vide était obtenu soit par une poire en caoutchouc soit par une pompe dans les grands modèles. Pour l'oreille il employait des ventouses capables de contenir tout le pavillon, même la région mastoïdienne et pouvant produire à la fois le vide dans le conduit et l'hypérémie de la région contenue dans la ventouse.

Nous n'insisterons pas sur les résultats obtenus par

le professeur Gaudier dans les affections du nez et du larynx, l'application de l'hyperémie à l'otologie nous intéressant particulièrement,

Dans les 13 otites qu'il relate (11), il s'agit des formes de moyenne intensité, sans complications :

4 cas	2 jours après la perforation du tympan		
6 —	4-5	—	—
2 —	15	—	
1 —	22	—	—

Dans tous ces cas il a pratiqué alternativement l'hyperémie par la bande élastique en 2 séances d'une heure par jour, et l'aspiration par la ventouse une à deux fois par jour. Voici le résultat obtenu (11) :

« Dans les cas les plus récents (8 cas), dit le Professeur Gaudier, le résultat a été, je le crois, plus rapide que par tout autre traitement. La désinfection de l'arrière-nez était faite très soigneusement, le pansement du conduit se résumait en un simple tampon d'ouate à l'entrée.

« Je vois dans mes notes que huit à dix jours de traitement asséchèrent l'oreille et cicatrisèrent le tympan. Dans un cas, je fus forcé de pratiquer une nouvelle paracentèse, la perforation laissant l'écoulement se faire difficilement.

« L'aspiration doit être conduite avec lenteur et prudence, d'autres ont insisté sur la nécessité de ne l'appliquer que chez les jeunes sujets et de ne pas employer l'aspiration chez les athéromateux et chez les malades ayant déjà présenté des troubles de leur oreille interne.

« Bien conduite, continue le Professeur Gaudier, l'aspiration a des avantages : la caisse se vide bien, il n'y a plus de rétention et je crois même à la possibilité de vider une antrite. Mais si la guérison se fait totalement, c'est, à mon avis, à l'hyperémie totale par la bande qu'on la doit. Je pense que c'est même le seul mode d'hyperémie que l'on doive appliquer au traitement des otites moyennes aiguës suppurées..

« Dans les cas tardifs que j'ai soignés, j'ai surtout noté la diminution de l'écoulement, mais je n'ai pas remarqué que l'évolution de l'otite fût hâtée. En effet, après vingt-cinq ou trente-six jours de traitement, le suintement continuait, moins abondant mais toujours existant et, dans le dernier cas, la guérison ne fut obtenue que par d'autres moyens. Là l'avantage de l'hyperémie ne paraît pas évident.

« Je n'ai jamais eu l'occasion, dit aussi le Professeur Gaudier, de pratiquer la méthode de Bier avant l'ouverture spontanée ou la paracentèse du tympan, aussi n'en ai-je l'expérience, mais d'après ce que j'ai vu, je crois que l'hyperémie, soit par la ventouse, soit par la bande élastique n'est pas capable de faire avorter une otite moyenne aiguë dans son évolution ».

Nous voyons donc que les résultats obtenus par le Professeur Gaudier, par l'application de la méthode de Bier dans les otites récemment ouvertes, sont satisfaisants. Dans les otites chroniques, aucun résultat positif. Nous pensons avec lui que l'aspiration ne peut pas faire avorter l'affection, et ce n'est qu'après

la parencentèse ou l'ouverture spontanée du tympan que l'hyperémie doit être appliquée.

Le Professeur Gaudier tentait, comme Bier lui-même, d'appliquer l'hyperémie dans le cas de mastoïdite.

« Ni la ventouse appliquée pendant dix à douze heures, ni la bande élastique, ne m'ont empêché d'intervenir dans 4 mastoïdites aiguës sur lesquelles, pendant quarante-huit heures après le début des symptômes, et en dehors de toutes menaces de complications veineuses ou cérébrales, l'hyperémie fut appliquée (11).

« Je n'ai qu'un regret, ajoute-t-il, c'est d'avoir attendu pour opérer et d'avoir perdu deux jours. En revanche l'action de l'hyperémie par la bande et la ventouse est manifeste après l'opération, quand on se trouve en présence de ces plaies où le bourgeonnement se fait trop vite malgré les pansements ou bien ne se fait pas assez vite malgré les pansements (11) ».

Nous ne prétendons pas non plus traiter la mastoïdite par l'hyperémie d'une façon générale. Néanmoins en cas de réaction mastoïdienne simple ou d'otomastoïdite d'emblée, si les symptômes ne sont pas alarmants, imposant une intervention chirurgicale immédiate, on doit continuer l'hyperémie pour opérer ultérieurement à froid si l'indication opératoire se confirme (nos observations n° 21 et n° 22).

Quelles sont les conclusions du professeur Gaudier, en ce qui concerne la méthode de Bier dans le traitement des affections de l'oreille ? (11)

« La furonculose de l'oreille est justiciable à très haut degré de cette méthode pour la rapidité avec laquelle se manifeste la sédation des phénomènes douloureux ainsi que la guérison. Son influence se fait moins sentir appliquée au traitement des sinusites aiguës, otites aiguës et mastoïdites.

« Si elle ne peut pas empêcher l'action chirurgicale, ponction, paracentèse ou trépanation qui doivent être pratiquées à leur heure suivant les indications cliniques habituelles, sans que l'on puisse la faire retarder pour essayer l'hyperémie, elle conserve néanmoins des avantages qui permettent de l'appliquer post-opératoirement dans le traitement des plaies.

« L'hyperémie par la bande élastique doit être préférée à l'emploi de la ventouse plus vidante que hyperémiant. »

Nous voyons que l'hyperémie présentait un grand intérêt thérapeutique et que les échecs étaient dus à son emploi trop généralisé en otologie, même dans les cas où l'intervention chirurgicale s'imposait. Par contre, dans les cas d'otite moyenne aiguë suppurée, paracentésée ou ouverte spontanément, l'aspiration appliquée dès le début donnait des résultats excellents.

Le professeur Gaudier préfère la bande élastique à la ventouse ; le Dr G. A. Weill, au début, la pratiquait aussi, mais les malades n'acceptant pas volontiers cette médication, le Dr Weill a complètement délaissé le lien élastique, employant l'aspiration à l'aide de son aspirateur créé par lui à cet effet.

D'autres auteurs, comme Théodore Heiman de Varsovie ont relaté des cas défavorables à la méthode de Bier en otologie (12). Ses conclusions sont les suivantes (12) :

« 1^o Des observations cliniques faites sur l'hyperémie sont jusqu'à présent insuffisantes pour énoncer des conclusions définitives sur sa valeur dans les maladies des oreilles ;

« 2^o On peut appliquer l'hyperémie dans les otites moyennes aiguës récentes et légères. En pratiquant simultanément la paracentèse, on peut parfois raccourcir la marche de la maladie ;

« 3^o L'hyperémie est contre-indiquée dans les otites graves quand il y a le moindre soupçon de complication intracrânienne. »

Même les adversaires de l'hyperémie en otologie avouèrent qu'en cas d'otite aiguë on peut espérer de l'hyperémie une bonne thérapeutique. Tous les échecs de la méthode de Bier en otologie sont dus à ce que les expérimentateurs ont cherché à étendre cette méthode même aux cas chroniques ou compliqués ou même à faire avorter l'affection par l'hyperémie avant la paracentèse. Et c'est pour cela que la méthode de Bier en otologie a subi une critique sévère de la part des expérimentateurs (Uffenrode, Fleischmann, Hirley). Son indication principale, c'est l'otite moyenne aiguë suppurée.

Parmi les huit observations relatées par Heiman comme défavorables à la méthode de Bier, il y en a une qui fait l'exception pour l'auteur. Pour nous, par

contre, elle peut servir de confirmation à notre point de vue puisque c'est le seul cas relaté par Théodore Heiman de l'hyperémie pratiquée dans l'otite moyenne aiguë. Nous tenons à la citer ici :

M. A..., 28 ans, souffre depuis quatres semaines d'une violente hémicranie droite. Tous les remèdes calmants donnés par son médecin sont restés inefficaces. Chez ce malade, j'ai constaté une otite moyenne aiguë suppurée sans perforation de la membrane. Le tympan était rouge, tuméfié, bombant dans sa partie postéro-supérieure. La mastoïde ne présentait aucun symptôme objectif, mais sa palpation provoquait une douleur sensible. L'audition était très affaiblie du côté droit. Il n'y avait pas de fièvre. Pouls à 72. Je fis immédiatement la paracentèse du tympan. L'incision fut faite largement de haut en bas. Après politzerisation apparaît une goutte de pus. J'applique alors la bande autour du cou et la laisse pendant vingt-deux heures. Vingt-quatre après, la malade sent, un grand soulagement la douleur est très diminuée, la palpation de la mastoïde est moins douloureuse. La suppuration de l'oreille est modérée.

Subjectivement le malade se sentait mieux. Je n'ordonnai aucun autre traitement contre la suppuration. L'hyperémie fut appliquée pendant quatre jours, chaque jour pendant vingt-deux heures. La suppuration a cessé complètement. L'ouïe est devenue presque normale. J'ai vu ce malade quatre semaines après et j'ai pu constater qu'il était entièrement rétabli.

Voilà le résultat obtenu par Heiman dans le cas

d'otite moyenne aiguë suppurée, et les résultats obtenus pendant plus de trente ans par le Dr Weill de l'hôpital de Rothschild à Paris par son procédé d'aspiration prolongée sont tellement encourageants que les malades eux-mêmes réclament souvent l'aspiration.

Nous parlerons maintenant dans ce chapitre de la méthode d'aspiration pratiquée par le professeur Worms au Val-de-Grâce dans le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée.

L'aspiration se fait à l'aide de spéculum de Siegle adapté à l'embout du tube aspirateur relié à une trompe à eau ou moto-pompe électrique pour produire le vide. Dans l'intervalle des aspirations qui sont répétées tous les jours ou tous les deux jours, on fait un pansement d'oreille aux mèches au collargol ou imbibées de sérum physiologique.

Cette méthode qui est beaucoup plus violente que l'aspiration prolongée par le procédé du Dr Weill est plutôt vidante qu'hyperémiant. Et voilà ce que nous dit le professeur Worms (21).

« L'aspiration après paracentèse active la vidange indispensable de la caisse et des cavités adjacentes.

« Répétée tous les jours ou tous les deux jours, elle triomphe rapidement de la rétention.

« Les sécrétions recueillies sont parfois très abondantes, leur quantité bien supérieure à ce que peut contenir une caisse du tympan, c'est que l'aspiration outre qu'elle s'exerce sur les cavités avoisinantes, provoque une exsudation qui aide peut-être au nettoyage

de divers récessus et détermine une hyperémie qui ne doit pas être étrangère à la réparation rapide de lésions. L'aspiration abrège, en général, la durée de l'otite et parfois d'une façon impressionnante ; l'évacuation de la caisse est plus complète et plus rapide que par la détersion à sec avec des mèches ou par lavages.

« Il ne faut pas cependant appliquer cette méthode inconsidérément à tous les cas. Les cas les plus favorables sont les otites moyennes aiguës ou subaiguës et les otorrhées tubaires. Combien d'écoulements qui traînaient en longueur disparaissent après quelques séances d'aspiration !

« Nous avons pu éviter à de nombreux malades des interventions mastoïdiennes qui s'annonçaient quasi certaines.

« Dans maintes circonstances, l'aspiration, en hâtant l'évacuation de la caisse, de l'antre et des cellules adjacentes, amène une détente des signes locaux et généraux (chute de fièvre). Mais il faut compter aussi avec les échecs et même avec l'éventualité que l'aspiration exacerbe le processus inflammatoire, le réchauffe. Nous avons vu des poussées de fièvre et des douleurs suivre l'aspiration un peu violente de l'oreille.

« Dans les oto-mastoïdites d'emblée, dans certains cas d'ostéite avérée, l'aspiration cesse vite d'avoir un effet favorable. C'est là même un excellent signe d'indication opératoire.

« Quand, malgré l'aspiration répétée pendant plu-

sieurs jours, les réactions locales et générales persistent ou même s'aggravent, on peut admettre, sans grand risque de se tromper, l'existence de lésions osseuses et la nécessité d'intervenir chirurgicalement ».

Comme nous le voyons, l'indication de l'aspiration par le procédé du Professeur Worms est la même, toujours l'otite moyenne aiguë suppurée, les bienfaits thérapeutiques les mêmes. Mais vu l'instrumentation qu'elle exige, le malade ne peut pas la pratiquer à son domicile. En second lieu, cette méthode d'aspiration intense comporte des échecs et des accidents, des poussées de fièvre et des douleurs pouvant suivre l'aspiration où même l'exacerbation du processus inflammatoire s'observe parfois.

Par contre, aucun accident analogue par l'aspiration prolongée du Dr G. A. Weill. L'aspiration est douce, grâce à l'instrument simple créé à cet effet et dont nous donnerons la description dans le chapitre suivant.

Avant d'aborder ce chapitre, nous dirons quelques mots des applications de l'hyperémie dans les autres affections qui relèvent de notre spécialité, puis nous verrons comment l'aspiration dans la méthode de Proetz, joue son rôle thérapeutique certain. Voici d'abord les conclusions du Professeur Gaudier (11) :

« Ses propriétés analgésiantes (de l'hyperémie) en font un calmant et un modificateur de premier ordre dans le traitement de la laryngite tuberculeuse, où elle présente des indications de choix. Les mêmes rai-

sons l'indiquent dans le traitement des amygdalites aiguës simples ou abcédées, ainsi que dans le banal coryza qu'elle influence heureusement dans le sens de la disparition rapide des accidents aigus douloureux et de la durée de l'évolution ».

Le professeur Worms applique avec succès l'aspiration au traitement des sinusites, rhinites et rhinopharyngites muco-purulentes. Mais c'est surtout dans le traitement des abcès du cerveau que l'aspiration lui rend d'inappréciables services (21).

La méthode dite de déplacement de Proetz agit en substituant à l'air des cavités sinusiennes, un liquide radio-opaque, dans un but diagnostic ou modificateur dans un but thérapeutique (19).

Le Dr Mignon de Nice applique la méthode de Proetz au traitement de l'otite suppurée (22). Il emploie le nom de méthode de substitution au lieu de déplacement, car le but que l'on vise est de substituer un liquide à l'air et aux sécrétions liquides à mesure que l'aspiration se produit.

Après la lecture des articles concernant la méthode de Proetz, nous avons le droit de conclure qu'elle agit autant par l'aspiration que par la substitution.

Or, c'est à cette double action d'aspiration et de désinfection que la méthode de Proetz doit ses résultats dans le traitement des otites suppurées relatées par Maurice Mignon.

A l'inverse de l'aspiration prolongée, la méthode de substitution agit dans les formes prolongées ou chroniques de l'otite suppurée. Elle n'est pas justi-

fiée dans la période aiguë de l'affection, à cause de tension dans l'oreille, douleurs ou vertiges que le malade accuse pendant le stade inflammatoire.

Grâce à cette double action d'aspiration et de désinfection, on peut éviter une intervention chirurgicale de la mastoïde, quand les signes généraux ne sont pas alarmants. Les cas relatés par Mignon sont très démonstratifs (22).

L'aspiration prolongée, sans la même brutalité, jouit des mêmes propriétés thérapeutiques, comme nous le verrons dans les chapitres suivants.

L'aspiration, traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée.

I. — TECHNIQUE

L'aspirateur. — L'aspirateur du Dr G. A. Weill se compose de trois parties : une tétine, un tube de verre, un tube de caoutchouc à drain.



La tétine A se laisse complètement aplatir par un poids de 200 gr. Sa puissance d'aspiration est de 25 cmc. d'eau environ, c'est-à-dire que, sans s'aplatir,

elle fait équilibre à une colonne d'eau de cette hauteur.

Le tube de verre B est de 4 cm. de longueur, ses calibres extérieurs sont 7 mm., 8 mm., 9 mm. 5, selon les trois dimensions de l'aspirateur petit, moyen, grand. A l'une de ces extrémités est montée la tétine.

Le caoutchouc à drain C est de 3 cm. de longueur, avec calibres extérieurs 8 mm., 9 mm., 10 mm. 5, 12 mm. selon les dimensions de l'aspirateur, A chaque aspirateur, on peut adapter deux drains de calibres différents et en doublant l'extrémité du caoutchouc, on peut avoir un calibre plus fort qui s'adapterait mieux à un conduit plus large.

La mise en place de l'appareil. — Pour appliquer l'aspirateur, on tire d'une main le pavillon de l'oreille en arrière, de l'autre on pince la tétine et on introduit le caoutchouc à drain, mouillé de préférence, dans l'oreille en lui imprimant des légers mouvements de rotation. On lâche d'abord le pavillon, ensuite la tétine. L'aspirateur tient seul sur place, grâce à son faible poids.

En quelques instants, quelqu'un de l'entourage saura placer correctement l'aspirateur.

II. — ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ASPIRATION

L'aspiration par le procédé du D^r G. A. Weill produit, comme nous l'avons dit, un double effet thérapeutique : elle vide la caisse de son pus et provoque

une hyperémie de stase accompagnée d'une exsudation séreuse abondante qui balaie vers l'extérieur les produits septiques de l'oreille moyenne et ses annexes.

III. — INDICATIONS,

L'aspiration prolongée n'est indiquée que dans l'otite moyenne aiguë suppurée, après paracentèse ou ouverture spontanée du tympan.

L'aspiration peut être aussi appliquée en cas de réaction mastoïdienne simple ou mastoïdite d'emblée, quand les signes généraux ne sont pas alarmants et que l'indication opératoire n'est pas impérieuse. Ainsi on peut opérer ultérieurement à froid si une action chirurgicale s'impose.

Dans l'otite moyenne suppurée chronique, l'aspiration ne donne pas de résultats appréciables.

IV. — CONDUITE A TENIR.

Il ne faut pas commencer l'aspiration tout de suite après la paracentèse, pour ne pas favoriser l'hémorragie qui accompagne l'incision du tympan et la formation d'un caillot qui obstruerait le fond du conduit. On commence l'aspiration six heures après la paracentèse, sans risquer cet inconvénient.

La durée d'une seule application varie de 1/2 heure à 1 heure et plus même sans inconvénient. On fait une à trois applications par 24 heures. Tant que la tétine reste aplatie, on n'y touche pas ; si elle se

gonfle, on vide l'instrument pour le remettre aussitôt en place.

Lorsqu'une séance d'aspiration est terminée, le conduit est souvent rempli de pus. Un bouchon purulent, cause de rétention, risque de se former. Le Dr G. A. Weill nettoie le conduit avec des mèches d'ouate imprégnées d'oxycyanure de mercure au 1/1000 exprimées et roulées en cigarettes entre les doigts. Une de ces mèches est laissée sur place jusqu'à l'aspiration suivante. En retirant la mèche, on a un conduit propre, prêt pour une séance nouvelle d'aspiration.

Le Dr Weill a nommé ces mèches-cigarettes le thermomètre de l'otite. Elles sont totalement ou partiellement imprégnées de pus dans l'intervalle de deux pansements, ou bien leur extrémité profonde seule est tachée. On mesure ainsi l'importance de l'otorrhée. Ce signe, ainsi que le signe de compression pré-apexiale déjà décrit dans un chapitre précédent, permet de nous rendre compte de la gravité et de l'évolution de l'otite.

Extérieurement, l'oreille doit être nettoyée avec un antiseptique non caustique. La même solution servira également pour conserver l'aspirateur dans l'intervalle des applications.

V. — DURÉE DU TRAITEMENT PAR L'ASPIRATION.

On continue l'aspiration jusqu'à la disparition complète de l'écoulement. Nous verrons plus loin quelle est en moyenne la durée de ce traitement.

Résultats.

Pour mieux apprécier les résultats obtenus par l'aspiration prolongée dans le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée, nous allons comparer cette dernière méthode aux lavages antiseptiques d'oreille habituellement préconisés par la plupart des médecins. Ce sont les « bains d'oreille » dont le malade lui-même ou son entourage sera chargé.

Or, ces « bains d'oreille » faits à l'aide de compte-gouttes n'atteignent pas le but que l'on attend d'eux. L'antiseptique ne pénètre presque jamais à l'intérieur de la caisse enflammée, le foyer qu'il faut désinfecter.

Dans ces conditions, l'antiseptique lave seulement le conduit auditif externe, bien souvent il n'en lave que l'orifice et laisse se former au fond un magma purulent et malodorant. Le médicament irrite parfois et l'auriste connaît fort bien la dermite consécutive à une suppuration de l'oreille, l'antiseptique contribuant pour une grande part à sa formation.

Il faut employer quelque artifice pour faire un lavage correct. Il faut notamment soulever le pavillon de l'oreille, faire pencher la tête du malade du côté opposé, employer une pression suffisante.

Même quand le lavage est correctement effectué, quelle est son action thérapeutique ? Il n'arrive à nettoyer que le conduit. L'ouverture du tympan se

bouche souvent et une seconde paracentèse est nécessaire.

La rétention du pus est souvent la conséquence d'un traitement insuffisant et ainsi surviennent diverses complications, dont la mastoïdite est la plus fréquente.

Même dans les cas déclarés guéris, sans écoulement apparent, une rétention du pus peut subsister, responsable d'une complication qui peut se déclencher à une échéance plus ou moins longue.

Quels sont les avantages de l'aspiration prolongée du Dr G.-A. Weill ?

Grâce à sa double action thérapeutique dont nous avons parlé dans les chapitres précédents, les réactions de l'otite, telles que la fièvre, la douleur et l'œdème s'atténuent vite, l'écoulement diminue en intensité, et la durée moyenne de l'otite moyenne aiguë suppurée, traitée par l'aspiration dès le début, est environ de sept à quinze jours, quinze à vingt et un jours étant la durée moyenne avec d'autres traitements.

Grâce à l'aspiration, un drainage parfait de la caisse est établi et le nombre des complications chez les malades traités dès le début est minime, 2 % environ, et il est rare de voir une otite aiguë passer à la chronicité.

L'aspiration prolongée refroidit les mastoïdites et ainsi il nous est possible de choisir l'heure de l'opération. (Observations nos 21, 22).

« Comme la généralité des auristes, dit le Dr G.-A.

Weill, (17) j'estime que si je n'ai pas la main forcée par un symptôme alarmant, j'aurai plus d'avantage à opérer à froid, la température étant descendue, l'abcès mastoïdien franchement collecté.

« ... Combien de fois, nous voyons des otites ouvertes spontanément ou abandonnées à elles-mêmes après la paracentèse, dont le pus forme au fond du conduit un magma épais. Notre premier soin est de laver, mais avec une pression suffisante pour chasser le bouchon, (le Dr G.-A. Weill a fait construire à cet effet une seringue spéciale à aiguille coudée (14 a).

« ... Il est exceptionnel qu'une seconde paracentèse soit nécessaire pour une otite traitée par l'aspiration si bien que c'est pour moi un axiome que si une seconde paracentèse dans ces conditions s'impose, c'est pour très bientôt une mastoïde à ouvrir.

« ... Avec l'aspiration et les mèches-cigarettes, aucun lavage n'est plus nécessaire, la surveillance se réduit à peu de chose, car l'oreille externe reste propre et la perforation libre.

« ... Par contre, on n'obtient ces résultats ni avec les bains d'oreille, ni avec les lavages à la poire, ni avec le méchage à la gaze, qui exige pour être correct, une main très exercée, tous ces traitements ne pouvant empêcher la rétention ».

Observations.

La plupart des observations relatées ici ne sont pas détaillées. Ce sont les copies des fiches des malades qui viennent à la consultation dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital de Rothschild et sur lesquelles on note le traitement et l'évolution de l'affection.

Observation 1. — H. E..., 8 ans.

22 mars 1934. — On constate une otite moyenne aiguë suppurée. On pratique une paracentèse bilatérale suivie d'aspiration.

26 mars 1934. — Amélioration, température diminuée.

29 mars 1934. — L'écoulement a cessé. Pas de fièvre, bon état général. Guérison (en 7 jours).

Observation 2. — P. E..., 3 ans 1/2.

8 décembre 1927. — On constate une otite moyenne aiguë suppurée gauche. On pratique une paracentèse. Aspiration.

24 décembre 1927. — Pas de température, ni écoulement (guérison en 16 jours).

Observation 3. — R. C..., 6 ans.

26 octobre 1933. — On constate une otite moyenne suppurée droite. On pratique la paracentèse et l'aspiration.

30 octobre 1933. — Suppuration abondante. Pression jugulaire +.

2 novembre 1933. — Suppuration moins abondante. Pression jugulaire +.

6 novembre 1933. — Il n'y a plus de suppuration, ni fièvre. Bon appétit (guérison en 11 jours).

Observation 4. — B. C..., 4 ans.

23 février 1928. — Douleur à l'oreille droite, température 38°. On constate une otite moyenne aiguë suppurée droite. La paracentèse est pratiquée. L'aspiration est prescrite.

1^{er} mars 1928. — Même état.

8 mars 1928. — L'écoulement est presque disparu. Bon état général.

Observation 5. — P. J., 7 ans.

15 février 1934. — Constatation d'une otite moyenne aiguë suppurée droite. Paracentèse. Aspiration.

19 février 1934. — Un petit écoulement persiste.

26 février 1934. — Il n'y a plus d'écoulement. Bon état général (guérison en 11 jours).

Observation 6. — B. J..., 5 ans.

21 juin 1928. — On constate une otorrhée gauche datant de 2 mois. On pratique l'aspiration.

28 juin 1928. — L'écoulement est arrêté. Nous voyons que, même dans le cas d'otorrhée ancienne, on peut parfois obtenir avec l'aspiration un bon résultat.

Observation 7. — R. S..., 33 ans.

12 octobre 1933. — On constate une otite moyenne ai-

guë suppurée de l'oreille droite, ouverture spontanée du tympan depuis deux jours. L'aspiration est prescrite.

16 octobre 1933. — Amélioration notable.

23 octobre 1933. — Pas de fièvre. Peu de pus.

25 octobre 1933. — Guérison (13 jours).

Observation 8. — B. J., 2 ans.

18 février 1932. — On constate une otite moyenne aiguë suppurée bilatérale. Paracentèse double et immédiatement pratiquée. On prescrit l'aspiration.

25 février 1932. — Otorrhée double très abondante.

27 février 1932. — L'écoulement est disparu. Pas de fièvre (guérison en 9 jours).

Observation 9. — R. G..., 30 ans.

19 mars 1934. — On constate une otite moyenne aiguë suppurée gauche avec ouverture spontanée du tympan depuis quelques jours. On pratique l'aspiration.

22 mars 1934. — Arrêt complet de l'écoulement.

Observation 10. — R. J..., 2 ans.

20 février 1930. — Otite moyenne aiguë suppurée gauche, avec ouverture spontanée du tympan. Ecoulement abondant depuis plusieurs jours. On pratique l'aspiration.

24 février 1930. — Température normale, arrêt de l'écoulement.

Observation 11. — K. E..., 22 ans.

15 juillet 1926. — On constate une otite moyenne aiguë suppurée bilatérale. Ouverture spontanée du côté gauche. On pratique la paracentèse à droite.

L'aspiration est faite.

22 juillet 1926. — Une amélioration considérable, température, peu d'écoulement.

25 juillet 1926. — Arrêt complet de l'écoulement (guérison en 10 jours).

Observation 12. — R..., 9 ans 1/2.

19 janvier 1928. — Une forte douleur à l'oreille droite. On constate une otite moyenne aiguë suppurée droite, avec écoulement abondant datant de quelques jours. Oreille gauche normale. L'aspiration est prescrite.

21 janvier 1928. Ecoulement insignifiant, pas de fièvre.

27 janvier 1928. — Guérison (8 jours).

Observation 13. — M. B..., 40 ans.

27 décembre 1926. — Céphalée intense depuis trois jours. On constate une otite moyenne aiguë suppurée droite. La paracentèse est pratiquée, suivie d'aspiration.

31 décembre 1926. — Douleurs disparues. Ecoulement diminué.

10 janvier 1927. — Otite guérie (15 jours).

Observation 14. — M. C...

7 mars 1912. — Douleur à l'oreille gauche depuis trois jours. On constate une otite moyenne aiguë suppurée gauche. La paracentèse est pratiquée suivie d'aspiration.

14 mars 1912. — Guérison (7 jours).

Observation 15. — G. C..., 5 ans.

13 octobre 1933. — On constate une otite moyenne aiguë suppurée gauche. On pratique une paracentèse et on applique l'aspiration.

15 octobre 1933. — Une nouvelle poussée de fièvre. A l'examen on trouve un tympan rouge et bombé de l'oreille droite. On pratique la paracentèse et l'aspiration.

23 octobre 1933. — Il n'y a plus de température ni écoulement. Guérison en dix jours de l'otite gauche et en huit jours de l'otite droite.

Observation 16. — C. F..., 8 ans.

11 mai 1933. — On constate une otite moyenne aiguë suppurée droite. On pratique une paracentèse et l'aspiration.

13 mai 1933. — Chute de la température.

20 mai 1933. — Guérison (9 jours).

Observation 17. — J. B..., 3 ans.

24 janvier 1933. — On constate une otite moyenne aiguë suppurée droite avec fièvre élevée. Paracentèse immédiate et aspiration.

26 janvier 1933. — L'oreille gauche est prise également. Paracentèse et aspiration.

8 février 1933. — Bon état général. Il n'y a plus de fièvre ni écoulement (guérison en 5 jours).

Observation 18. — J. B..., 10 ans.

20 janvier 1933. — Otite moyenne aiguë suppurée gauche post-grippale, température à 39°. On pratique la paracentèse et l'aspiration.

23 janvier 1933. — Guérison.

Observation 19. — E. G..., 9 ans.

14 août 1933. — On constate une otite moyenne sup-

purée droite. Paracentèse et aspiration. Parents négligents. L'enfant indocile. L'aspiration n'est pas continuée.

6 janvier 1934. — Œdème du conduit. Température élevée. On constate une mastoïdite.

Observation 20. — J. O..., 6 mois.

6 janvier 1934. — On constate une otite moyenne aiguë suppurée bilatérale. Paracentèse et aspirations.

18 janvier 1934. — Bon état général. Il n'y a pas de fièvre, ni écoulement. (guérison en 12 jours).

Observation 21. — Jean D..., 8 ans.

23 mars 1930. — On constate une rougeole qui évolue sans complication jusqu'au douzième jour. En ce moment, une otite moyenne de l'oreille droite survient avec perforation spontanée le 6 avril 1930. Cinq jours après, l'oreille gauche est prise à son tour, qui est paracentésée après vingt-quatre heures. Otorrhée séreuse très abondante. On pratique l'aspiration. Les mastoïdes douloureuses dès le début sont de moins en moins sensibles. L'état général s'améliore.

A droite l'otorrhée reste plus abondante et purulente. L'enfant est apyrétique et garde un bon appétit. On attend jusqu'au vingt-troisième jour. A cette date l'oreille gauche est guérie. On opère l'oreille droite en raison de l'abondance et de la purulence de l'otorrhée.

L'abcès osseux bien limité est complètement nettoyé. Cicatrisation exceptionnellement rapide. Au bout de quatre jours les agrafes sont enlevées il n'y a plus de

suppuration par l'oreille, ni par la plaie. La cicatrisation est obtenue par première intention.

C'est un exemple de mastoïdite opérée à froid, l'aspiration a permis d'attendre ce stade favorable, et éviter une mastoïdectomie bilatérale.

Observation 22. — J. L. ., 6 ans.

Décembre 1933. Le malade présente une otorrhée double. La guérison est obtenue après quinze jours d'aspiration. Au début de mars 1934, récurrence bilatérale. La mastoïde est sensible de deux côtés. Paracentèse et aspiration. L'otorrhée est abondante. L'état général s'améliore, l'enfant n'a plus de fièvre. Après trois semaines, l'oreille droite est cicatrisée. Il semble que la gauche elle aussi doit guérir, mais surviennent des poussées thermiques fort irrégulières, avec persistance de l'écoulement purulent. L'intervention opératoire montre une infiltration de l'apophyse mastoïde qui est particulièrement spongieuse. Après résection, suture. Guérison complète en deux jours.

Ici encore, l'aspiration a permis d'éviter une intervention chirurgicale bilatérale, et d'obtenir par une opération retardée une cicatrisation rapide.

Conclusions

1^o La méthode de l'aspiration prolongée (G. A. Weill) est caractérisée par :

a) la durée de son application : une demi-heure à une heure.

b) Sa répétition 1-3 fois par jour.

2^o L'aspiration peut être effectuée par l'entourage du malade auquel l'on confie ces soins, après une très courte éducation.

3^o L'aspiration prolongée dans le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée exerce une double action thérapeutique :

a) Action mécanique, le pus étant aspiré de la caisse vers le conduit externe.

b) Action d'hyperémie, se traduisant par une stase veineuse, qui produit une exsudation séreuse abondante, balayant vers l'extérieur les produits septiques de l'oreille moyenne et ses annexes.

c) L'aspiration et la stase veineuse qui l'accompagne ont également une influence sédative sur la douleur, et exercent une action bactériolytique (Bier).

4^o L'aspiration prolongée n'est indiquée que dans l'otite moyenne aiguë suppurée, après paracentèse ou ouverture spontanée du tympan.

5° L'aspiration prolongée ne donne aucun résultat appréciable dans l'otite suppurée chronique.

6° Tout autre traitement local, tels que lavages, instillations, est alors superflu. Le seul pansement utile est un méchage d'ouate roulée en fine cigarette.

7° Grâce à l'aspiration, la durée de l'otite moyenne aiguë suppurée est abrégée. Elle est de sept à quinze jours d'après nos observations au lieu de quinze à vingt et un jours, sa durée habituelle avec d'autres traitements.

8° La proportion des complications mastoïdiennes méningées ou cérébrales est notablement diminuée. Elle est de 2 % (G. A. Weill).

9° Le passage de l'otite moyenne aiguë suppurée à la chronicité est rare.

10° En cas de réaction mastoïdienne simple ou de mastoïdite d'emblée, quand les signes généraux ne sont pas alarmants et que l'indication opératoire n'est pas impérieuse, on doit continuer l'aspiration prolongée dans le but d'opérer ultérieurement à froid, si l'indication se confirme.

Vu : le Président de la thèse,

F. LEMAITRE.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Naumann.* — Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen der Hauteizmittel (Epispastica) Prager Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde, 1863, p. 1.
2. *Duplay.* — Diagnostic et traitement des maladies de l'oreille et des fosses nasales, 1889.
3. *François-Franck.* — Etude des principaux effets circulatoires locaux et généraux dus à la révulsion cutanée (Gazette hebdomadaire, 1892, p. 485).
4. *Bier.* — L'Hyperémie et son action thérapeutique, 1903, 1^{re} édition.
5. *Sondermann.* — Eine neue Methode. Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen (Münchener Med. Wochenschrift, 1905, p. 1).
6. *Spiess.* — Die therapeutische Verwendung des negativen Drucks (Arch. für Laryngologie und Rhinologie, 1905, vol. XVII, 2^e livre).
7. *Dundas-Grant.* — Rapport à la Société de Laryngologie de Londres, 1906.
8. *Baratoux.* — Journal des maladies des oreilles, du nez et du larynx, février 1906.
9. *Dauwe.* — La thérapeutique par hyperémie (Gazette des hôpitaux, 1906, p. 975).
10. *Lermoyez et Mahu.* — Rapport à la Société d'O. R. L. de Paris, 6 décembre 1907.
11. *Gaudier.* — La méthode de Bier en Oto-rhino-laryngologie (Echo médical du Nord, n° 27, 5 juillet 1908).
12. *Heiman.* — La valeur thérapeutique de la méthode de Bier en Otologie (Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, t. XXXV, n° 1, janvier 1909).
13. *Francoz.* — La méthode de Bier et sa valeur thérapeutique (Bulletin général de thérapeutique. Paris, 1910, p. 113).
14. *Weill (G. A.).* — L'aspiration dans le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée.

- a) Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, 10 décembre 1912.
- b) Journal de Praticiens, n° 15, 13 avril 1918.
- c) Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, 14 janvier 1921.
- 15. *Bélinoff* (S.). — Journal russe des maladies de l'oreille, 1929, p. 602-605.
- 16. *Dundas-Grant*. — Quelques observations d'otite moyenne séreuse avec démonstrations d'aiguilles exploratrices à succion buccale (Société française d'O. R. L. Congrès, 1930).
- 17. *Weill* (G. A.). — L'aspiration dans le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée (Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, 16 mai 1930).
- 18. *Sellers* (L. M.). Preliminary report on results of suction treatment of otitis media in 150 consecutive cases Texas State (Journal médical, 28, 351-354, sept. 1932).
- 19. *Le Mée* (J. M.) et *Bouchet* (M.). — Diagnostic et traitement des sinusites par la méthode de déplacement ou de Proetz (Les Annales d'oto-laryngologie, 1932, p. 635).
- 20. *Weill* (G. A.). — Etude des quelques réactions tympaniques vasculaires, réflexes vaso-moteurs, compression jugulaire (Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, 23 mars 1933).
- 21. *Worms* (G.) et *Rateau*. — L'aspiration en oto-rhino-laryngologie (Revue de laryngologie, otologie et rhinologie sept-octobre 1932, publiée par G. Portmann).
- 22. *Mignon* (Maurice). — Application de la méthode de substitution au traitement de l'otite moyenne suppurée (Les Annales d'oto-laryngologie, n° 2, p. 141, 1934).
- 23. *Pouchkine* (A. F.), de Leningrad. — Traitement conservateur des mastoïdites précoces au début des otites purulentes aiguës et subaiguës, d'après le principe de Bier (Les Annales des maladies de l'oreille, 1930, p. 734).
- 24. *Preobragensky*. — L'aspiration au cours de l'écoulement du pus des oreilles (Wratchébnia Gaseta, 1906) (Russe).

